

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΕΟΥ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥ

Name / Ονοματεπώνυμο: _____

Tax File Number / Αριθμός Φορολογικού Μητρώου _____

Contact Details / Στοιχεία επικοινωνίας

Postal Address / Διεύθυνση Επικοινωνίας: _____

Home Address / Διεύθυνση Κατοικίας: _____

Phone number / Αρ. Τηλέφωνου: _____ Fax number / Αρ. Φαξ: _____

Email / Ηλεκτρονική Διεύθυνση: _____

Date of Birth / Ημερομηνία Γέννησης: ____ / ____ / _____

Emergency Contact Details / Στοιχεία επικοινωνίας σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης:

Name of Next of Kin / Contact / Ονοματεπώνυμο Συγγενικού Προσώπου:

Day time phone number / Αρ. Τηλεφώνου: _____

Relationship / Συγγένεια: _____

Bank Account Details (EFT Payment) Bank / Αρ. Τρεχούμενου Λογαριασμού:

BSB Number / Αρ. Τράπεζας: _____

Account Number / Αρ. Λογαριασμού: _____

Account Name / Όνομα Λογαριασμού: _____

Superannuation Fund / Ταμείο υπερημερίας

Super Fund Name / Ταμείο: _____

Employee Membership No / Αρ. Μέλους: _____

Postal Address / Ταχυδρομική Διεύθυνση:

Health History / Ιστορικό Υγείας

Allergies / Αλλεργίες: _____

Food / Τροφές: _____

Details of any Medications prescribed / Στοιχεία φαρμακευτικής Αγωγής:

Have you had any Workers Comp claims in the last 3years: (If yes details) / Κάνατε οποιαδήποτε αίτηση προς το Ταμείο Αποζημίωσης Εργαζομένων τα τελευταία 3 χρόνια: (Εάν ναι δώστε λεπτομέρειες) _____

I certify that the information contained in this form is correct / Βεβαιώνω ότι οι πληροφορίες που περιέχονται σε αυτήν τη φόρμα είναι σωστές

Signature of Employee or Authorised Representative / Υπογραφή υπαλλήλου ή εξουσιοδοτημένου αντιπροσώπου: _____

Date / Ημερομηνία: ____/____/____

Office Use Only / Για Εσωτερική Χρήση

<i>Has an Employee agreement been completed</i> Έχει υπογραφεί συμβόλαιο εργασίας	<i>Yes / No</i> Ναι / Όχι	<i>Attach agreement to this form</i> Επισυνάψτε με την φόρμα αυτή
<i>Have a copy of Licenses</i> Άδεια Οδηγού	<i>Yes / No</i> Ναι / Όχι	<i>Photocopy</i> Αντίγραφο
<i>Have a copy of White Card</i> Λευκή Κάρτα	<i>Yes / No</i> Ναι / Όχι	<i>Photocopy</i> Αντίγραφο